

富士見市デマンドタクシー利用登録申請書

(表)

年 月 日

(宛先)富士見市長

申請者 住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

富士見市デマンドタクシーに係る

利用の登録をしたいので

登録証の再発行の手続きをしたいので

次のとおり申請します。

利用者	<input type="checkbox"/> 申請者本人	性 別	生年月日
			大 昭 平 年 月 日
	携帯電話番号(お持ちの方) — —		
区分	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 妊婦		

※この申請書で同じ住所にお住いの複数の方(ご家族など)を登録することができます。

(裏面にご記入ください。)

なお、この場合は、登録されるご本人(ご家族など)に同意を得た上で申請書にご記入ください。

※次の事項をお読みいただき、同意された方は署名してください。

同意書	<p>(1)申請内容を確認するため、必要に応じて住民記録情報を利用します。</p> <p>(2)記入していただいた内容は、デマンドタクシー(主な内容:利用登録、利用受付、配車、運行、アンケート調査、利用実態分析)に関して利用いたします。また、デマンドタクシーを運行する事業者及びシステム事業者に提供します。</p> <p>(3)利用登録申請を提出してから運行システムに登録するまで時間を要します。 登録後、利用登録証がないと富士見市デマンドタクシーの利用ができません。</p> <p>上記事項に同意します。</p> <p>氏名</p>
-----	---

(裏)

氏名①	ふりがな	性別	生年月日
			大 昭 平 年 月 日
携帯電話番号(お持ちの方) - -			
区分	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 妊婦		
氏名②	ふりがな	性別	生年月日
			大 昭 平 年 月 日
携帯電話番号(お持ちの方) - -			
区分	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 妊婦		
氏名③	ふりがな	性別	生年月日
			大 昭 平 年 月 日
携帯電話番号(お持ちの方) - -			
区分	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 妊婦		
氏名④	ふりがな	性別	生年月日
			大 昭 平 年 月 日
携帯電話番号(お持ちの方) - -			
区分	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 妊婦		
氏名⑤	ふりがな	性別	生年月日
			大 昭 平 年 月 日
携帯電話番号(お持ちの方) - -			
区分	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 障がい者 <input type="checkbox"/> 要介護等認定者 <input type="checkbox"/> 妊婦		

利用者